

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	1671800280
法人名	医療法人社団 明寿会
事業所名	グループホーム あっとほーむ婦中
所在地	富山県富山市婦中町中名1077-7
自己評価作成日	平成30年9月5日

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページ等で閲覧してください。

基本情報リンク先	
----------	--

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	一般社団法人 富山県介護福祉士会		
所在地	939-8084 富山県富山市西中野町1-1-18 オフィス西中野ビル1階		
訪問調査日	平成30年9月20日	評価結果市町村受理日	平成30年11月8日

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点（事業所記入）】

入居者が地域や行事への参加や外出することが難しくなってきたため、事業所として地域の『いきいきサロン』に出向き、力を活かすことで、住民の方々にボランティア講師として、サークル活動に來所して頂いております。また、同一建物内の小規模多機能型居宅介護の利用者との交流を図れるように入居者の誕生会等の行事を合同で行うことで、他者との交流を行っております。

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点（評価機関記入）】

職員の意見を取り入れた理念「地域の中でこれからも自分らしく生活が送れるよう支援します。」を掲げ、暮らし方の希望・意向の把握に努め、自分らしい生活が実現できるよう、管理者が中心となってチームケアが行われている。日々の利用者の生活状況や健康状態や暮らし方の希望、意向の記録や情報はタブレットに入力することで、職員全員が24時間体制で時系列に短時間で共有を図ることができており、サービスに反映している。また整理した「生活状況表」の活用で家族の要望を取り入れて介護計画作成を行い、その時々利用者、家族の思い・意向の反映に力を入れている。利用者個々の疾患対応マニュアルを作成してケアに反映すると共に、認知症専門医・内科医が定期的に往診するなど医療との連携を密に図り、健康維持に努めている。

V. サービスの成果に関する項目（アウトカム項目） ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します。

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員と一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：2, 20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度ある 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目：36, 37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目：49)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている。 (参考項目：28)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない				

1 自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	事業所の理念である「地域の中でこれからも自分らしく生活できるよう支援します」という文言を施設内に掲げ、全職員がいつでも目にすることができるようにし、実践につなげています。	職員の意見を取り入れた理念を作成し、事業所内に掲示し、全職員で共有している。ミーティングやカンファレンスで、理念に沿った個別ケアを検討し実践につなげている。	理念に沿ったサービス提供ができていないか、振り返り確認する機会を持ち、更なる個別ケアに反映する取り組みに期待したい。
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	地域の中で、ボランティア活動を行っている方々の情報を集め、実際に施設に来て頂くことで、地域の皆様との交流を図っています。	町内会に加入し回覧版で地域行事の確認を行い、祭事には獅子舞が来所している。積極的に地域ボランティア(パステル画・ちぎり絵・マンドリン演奏・合唱サークル等)や14才の挑戦の受け入れなど、地域の方々との交流が利用者の楽しみになっている。	地域行事参加や自治会・近隣の地域の方々との交流する機会を、更に増やすなど地域とのつながりが双方向の交流となる取り組みに期待したい。
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	定期的に地域毎に行われる「いきいきサロン」活動のお手伝いを行っています。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	管理者やケアマネが中心となり、家族の方や、地域の方々へ呼び掛け、施設での様々な取り組みを報告しています。その結果は各職員に通知され、ケアにつなげています。	運営推進会議は、同事業所の小規模多機能ホームと一緒に2ヶ月ごとに開催している。会議では利用者の状況や活動内容・ヒヤリ・ハットを報告し、活発な意見交換を行い、忌憚のない意見や要望の把握に努めている。会議には家族代表が出席しているため他の家族には、毎月送付している「広報誌」に議事録を掲載し報告している。	会議に自治会長などの地域の方の出席がなく、地域密着型事業所として地域と共に運営するためにも、自治会長や民生委員等が出席する取り組みに期待したい。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	管理者やケアマネが、市町村担当者と連絡を取っています。介護相談員の方に訪問に来て頂いています。	運営推進会議に2か所の地域包括支援センター職員が出席し、ホームの実情や活動内容など情報の共有を図っている。また、地域包括支援センター主催の地域ケア会議に参加し、いつでも相談・助言をいただく関係を築き連携を図っている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	施設内で「身体拘束」についての勉強会を行っています。職員同士がお互いに声を掛けあい、注意を促すことで、身体拘束をしないケアを実践することができています。しかしフロアにスタッフが一人になる場合は、一時的に入口に施錠することがあります。	今年度から「身体的拘束等適正委員会」の開催、「身体的拘束等の指針」の作成が行われている。勉強会で身体拘束内容やリスクを理解し、特に「家族の前でも言える言葉ですか？」を共通認識し、利用者一人ひとりの思いに寄り添い・見守りを徹底し、行動の抑制や言葉の拘束をしないケアが実践されている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	毎年、勉強会を行い、日常的に意識してケアをする様に取り組んでいます。虐待につながるような事例を知ることで普通のケアに問題が、ひそんでいないかミーティングなどで話をしています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	研修などで基本的な知識はあるが、実際に利用されている方が、いないので運用方法などは、ほとんど分かっていません。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約に関しては、ケアマネージャー同席の上、管理者が行っています。説明に時間を掛けて不安や疑問点がないように努めています。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	普段から利用者や家族の意見要望は記録に残し、職員間で共有できるようにしています。2ヶ月に一度、運営推進会議を開き、外部者に表しています。	毎月家族に広報誌「あっとほーむだより」を送付し、利用者のホームの生活ぶりを知っていただいている。運営推進会議や担当者会議で出された意見・要望を、運営やサービスに反映している。また、利用者、家族と積極的にコミュニケーションを図り、忌憚のない意見・要望の把握に努めている。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	月一回のミーティングの時間に意見や提案を受け全体で話し合っています。年度末には上司との面談で意見を言う機会を設けています。	職員は、自己評価後、管理者と個人面談時や法人代表者に社内メールなどで直接個別の意見・改善案を言える機会を持っている。管理者は、職員と積極的にコミュニケーションを図り、意見・要望の把握に努めたり、カンファレンスやミーティングにおいて出された意見・提案・気づきを検討し、運営やサービスに反映している。職員のストレス・チェックを実施し、メンタルヘルスの推進を図っている。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	年度末に上司と面談を行ない、就業環境について話す機会があります。普段より就業時間内に業務が終わるように改善に努めています。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	法人内研修を行ない、職員の技術や知識の向上に努めています。また外部研修についても案内し、研修の機会を設けています。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	富山県認知症グループ協議会に加入して、交流出来る環境になっています。最近は交流が減っているのが現状です。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	事前情報だけでなく、職員と本人が積極的に関わることで、本人の困っていること不安なこと要望を理解し、信頼関係を築くように努めています。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	事前面談、入居時、入居後の面会時に家族と話をし、家族等の困っていること不安なこと要望等を伺い、解決・改善を行ない、信頼関係を築けるように努めています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	ケアマネージャーや管理者が中心となり、適切な初期対応を見極め、その後、その都度必要なサービスを他職種と連携しながら話し合い、本人家族に同意を得た上で実施対応に努めている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	残存機能や本人のやりたい気持ち、得意な事を生かした役割を持っていただき、グループホームの大切な一員として尊重し、良い関係を築けるよう努めています。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	面会に来られた際や電話連絡する際、また生活状況表で本人の様子を伝えています。又、家族の役割は入所後も継続的に持って頂き、面会や外出、外泊をお願いしています。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	ご家族の協力を得ながら、馴染みの人や場所との関係が途切れないよう支援に努めています。	家族の協力を得て、正月・お盆・法要等の行事での外出、外泊が行われている。家族・友人・知人の面会時には、居室でゆっくり過ごしていただけるよう配慮するなど、馴染みの場や人との関係が継続できるよう支援している。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者同士の関係がストレスとならないよう、食事席や活動の際、配慮しています。家事作業やレクリエーション、普段の会話の中で利用者同士の関わり合い、支え合いがスムーズに行えるよう支援に努めています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	退所後は、医療機関を利用される事がほとんどであり、関係性が途切れてしまう事が多いが、必要に応じてケアマネージャーが中心となり相談や支援に努めています。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	施設の流れややり方を優先させず、可能な限り、個々の意向やペースに合わせた暮らし方が出来るよう支援しています。1つ1つの動作や作業に対しても同意を得た上で実施しています。	利用前の生活歴を聞き取り、事業所独自のアセスメントシートや日々記録している介護記録(利用者の言動・職員の気づき・ケア時の何げない様子)を活用して、個々の生活状況表に整理し、思いや意向の把握に努めている。アセスメントシートや生活状況表は3ヶ月ごとに見直し、介護計画に反映している。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	サービスの開始前にケアマネージャーより基本情報を渡されるので、目を通し、これまでの暮らしを把握した上で、支援を行うように努めています。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	本人が今まで暮らしてきた1日の過ごし方や行事などの活動に参加されるか確認し、本人がこれまでの暮らしをくずすことなく、本人の望む生活支援に繋がっています。また、新たに分かった事があれば情報を共有し、統一したケアが出来るようにしています。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	毎月のカンファレンスで話し合い、より本人らしい生活が出来るように介護計画を作成している。本人や家族からこれからどのように生活していきたいか意見を頂き介護計画を作成しています。	職員は、生活状況表からケア内容の進捗状況を確認し、月1回のカンファレンスで課題・ケア内容を検討している。定期(3ヶ月毎)・心身変化時(随時)に介護計画を見直している。家族の面会や担当者会議(計画内容説明)で聞き取った要望・提案を反映し、現状に即した利用者本位の介護計画が作成されている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	詳細で誰が見ても分かりやすい記録を残し、メールや業務日誌をその場で話し合いをし、即時に臨機応変な対応ができるよう支援しています。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われなない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	「生活」という視点に対し、柔軟に捉えることによって、これまで生きてきた本人の背景や、これからどう生きたいのか家族と現状等に配慮して、その時々で柔軟に対応できるようにしています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	施設周辺での馴染みの安全なコースの散歩や、施設周辺の行事などをキャッチできるように、地域包括支援センターと連携しています。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	月に2回の法人の医師の往診と、月に1回の地域の医師の往診をおこなっています。その他に家族同行にて、かかりつけ医の受診をおこなっています。	利用者・家族が、希望するかかりつけ医を選択できる。認知症専門医(月2回)や協力医(月1回)の往診時に、身体状況の相談できる関係を築いている。家族の受診付き添い時は、書類での情報提供や必要時職員の出発同行を行うなど、適切な医療が受けられるよう支援している。夜間の緊急時には、事業所看護師・管理者が判断し、救急車にて対応している。また、看護師が利用者の疾患別対応マニュアルを作成し、日々のサービス提供時に活用している。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	職場の看護師と常に連絡、相談ができています。また必要に応じて受診の同行を行い、適切な医療を受けることができるようにしています。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	早期退院できるよう、入院時から情報共有を行い、入院中も情報共有して、病院との関係作りに努めています。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した場合や終末期については、入居時や状態の変化があった時に話し合いをおこなっている。関係者を含めて意向を確認しています。	重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から家族や主治医との十分な話し合いと情報提供を行い、利用者・家族の意向に沿った支援ができるよう努めている。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	毎年、外部講師を招いて「救命講習」についての勉強会を開催しています。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	年2回の消防訓練を実施しています。特に新人職員が参加できるようにしています。全員が機器の対応ができるようにしています。	同一建物内の小規模多機能ホームと合同で、消防署の協力を得て年2回(日中・夜間想定)利用者と一緒に火災訓練を実施している。飲料水・食糧を備蓄し、定期的に点検している。	運営推進会議等で災害時の地域との協力体制について話し合いを行うと共に、地元消防団と連携を図るなどの取り組みに期待したい。また、事前にホームに合った防災マニュアル作成や、家族に災害時の避難場所を知っていただく取り組みにも期待したい。

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	プライバシー保護を心掛けており、職員はフロアで個人情報をお話さないようにしています。声掛けを行なう際は、人生の先輩である事を忘れず、人格に配慮した声かけを行っています。	勉強会でプライバシーの保護や人格の尊重について理解を深め、日々の接遇方法や言葉掛けを振り返り確認するなど、人格やプライバシーを確保したケアに努めている。特に排泄・入浴のケア時は、留意している。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	職員は必ず日常生活において、本人の自立支援を尊重し、声掛けを行うようにしています。また応えにくい場合は、分かりやすく説明ができるよう言葉を変えるなど工夫をしています。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	必ずどのように過ごしたいのか声かけをしています。また、昼食作りへの参加や行事への参加、また、入浴の有無等も必ず声かけをしています。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	おしゃれ等にも留意しています。特に女性利用者様が多い事により、整髪や服装等を、職員と一緒に楽しみながら選ぶ支援をしています。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	行事がある時は、一緒にご飯作りをしたり一緒にご飯を食べたりして交流を図っています。	食事は、法人栄養士が立てた献立を参考に利用者の希望や嗜好・季節感を取り入れ、職員と食卓を囲んでいる。利用者のできる食事の準備・後片付けや、季節ごとのおやつやホットケーキ・タコ焼きなどを一緒に手作りしたり、食材の切り方や味付けを聞いたりして、食事が楽しみになるよう努めている。また、利用者の希望に沿って食事時間に幅を持たせている。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	一人ひとりの健康状態や能力を考え、きざみや、すりつぶし等の工夫をしています。水分摂取にも考慮しています。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後に必ず口腔ケアの声かけを行っています。入れ歯洗浄剤を使用し、義歯や口腔内の清潔保持に努めています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	現在、オムツは使用せず、リハビリパンツでの生活を行っております。夜間については、本人と何時に起きるか等の相談を行っています。	24時間対応排泄チェック表やアセスメントを活用して、個々の排泄パターンやサイン・習慣を把握しトイレでの排泄を支援している。また、利用者に合ったトイレ誘導方法や失禁状況に合った下着・パットを選択し、不快にならないよう配慮した個別対応が行われている。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	便秘予防のために、水分等に工夫し、摂取して頂いています。テレビ体操、身体を動かすことも毎日行っています。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴に関しては、本人の同意を得てから支援を行っています。また、希望する時間帯も考慮しています。一人ひとり、入浴方法や浴槽につかる時間は違うため、それにともない、入浴時間は異なります。	週最低2回以上を目安に、個々の希望や体調に合わせて、職員と1対1でゆっくりと利用者のペースに合わせて入浴している。また、同一建物内の小規模多機能ホームの大きな浴槽や利用者の状態に合わせて、車いす対応浴槽での入浴・夏季のシャワー浴・清拭・足浴など、個別の入浴支援が行われている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	一人ひとりのその日の体調や健康状態に合わせて休息して頂いています。また、夜間も気持ちよく眠れるように、本人の意思で自然に入眠できるように支援しています。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	誤薬をしないために、必ずセットした薬を確認しています。また、利用者に渡す前に必ず複数の職員で名前、日付をとともに間違いのないか最終確認を行っています。変更時には情報共有を必ず行っています。また、薬剤情報等もすぐに確認できるように、システムに反映されています。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	一人ひとりの生活歴や趣味、特技等を加味し、ケアプランに挙げることによって、職員間で情報を共有しながら支援をしています。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	毎週家族と習い事に行かれている方はおられるが、月命日に外出されていた方は、家族の協力が困難となって外出が難しくなっている。地域の方の協力を求めることも難しいので、施設職員だけで出かけられることは支援している。	年間行事計画を作成し、利用者の希望を聞きながら花見など季節を感じる外出や、小人数で天気の良い日の散歩など外出の機会を持っている。外出の際には、地域の方々と挨拶を交わすなど交流の機会を持つよう心掛けている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	能力的に難しい方が増えてきており、積極的な支援は行っていない。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	ご家族から電話がかかってくる、かけたいという希望の方には対応しているが、手紙のやりとりは数枚の年賀状が届くぐらいである。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	床上40cm程の掘コタツのある畳コーナーがあるが、そこへ出入りできるだけの身体能力のある方がおられず、活かしきれしていない。明かり通りの天窓から日が射すと、下にいる方が暑いので、薄布でカバーをして弱めている。季節の花を飾ったり、壁画を制作、展示し、生活感や季節を感じることができる空間づくりに努めている。	居室に囲まれた皆が集う共有空間は、天窓から光彩が降りそそぎ明るく、温度・湿度を調整し、居心地良く過ごせるよう配慮している。利用者と一緒に手作りした季節の装飾品が飾られ、椅子・ソファが適所に配置され、気の合った者同士で会話を楽しんだり利用者思い思いに過ごせる空間になっている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	共用空間で独りになれる場所がない現状がある。しかし、気分転換に、好きな時に1階に行けるよう工夫をしている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	家族写真、ぬいぐるみ、本人が作った作品等を持ち込まれ、その人らしく居心地よく過ごせる生活空間が作られるよう工夫し、今迄の関係性の継続ができるよう支援している。	居室にはベッド・洗面台・整理ダンスが整備され、自宅から家族写真や好みの装飾品が持ち込まれている。個々の歩行状態に合わせてベッドの配置を変え、安全に移動できるよう配慮したり、ボランティアと一緒に制作した作品を飾り、自分の居室・居場所になるよう工夫している。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	洗濯や掃除等の用具が自由に使えるようにはなっているが、能力的な低下でほとんど活用されていない現状である。		

2 目標達成計画

事業所名:あっとほーむ婦中

作成日:平成30年10月27日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。

目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	4	運営推進会議に家族、利用者、地域包括職員の参加はあるものの、自治会長など地域の方の出席がない。	地域の方にも会議に出席していただけるように働きかけをおこなう。	自治会長や民生委員へ挨拶へ行き顔を繋ぐ。会議への参加をお願いし、地域との交流に繋ぐ。	3ヶ月
2	35	火災時における消防訓練は実施しているが、施設の中で留まっている。地域との協力体制の構築が必要である。	災害時の地域との協力体制を築く。また、災害時のマニュアルの整備をおこなう。	地域の防災訓練にも積極的に参加し、災害時の協力体制について話し合っていく。	6ヶ月
3	1	理念に沿ったサービス提供が出来ているかの振り返りが出来ていない。	理念に沿ったサービスが提供できているか、スタッフ全員で振り返る。理念の見直しをおこなう。	年度初めに理念の見直しと振り返りをおこなう。	5ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注)項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。